

# COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiera

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di accedere al beneficio proposto dall'Ambito territoriale n. 8 – Bando per interventi volti al contenimento dell'emergenza abitativa e al mantenimento dell'abitazione in locazione - in attuazione della DGR 3008 del 30/03/2020 – dgr 5644/16 e dgr 2065/19 a favore di:

se stesso  \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

*qualora la persona richiedente sia diversa dal beneficiario, indicare il grado di parentela o l'eventuale ruolo esercitato (amministratore di sostegno, tutore):*

---

## DICHIARA

- residenza da almeno 1 anno nell'alloggio in locazione oggetto di contributo
- non essere sottoposti a procedure di rilascio dell'abitazione
- non essere proprietari di alloggio adeguato in Regione Lombardia
- avere un ISEE max fino a € 15.000,00
- essere residenti in un alloggio in locazione da almeno un anno, a partire dalla data del 30/03/2020
- Canone locazione mensile pari ad € \_\_\_\_\_

**Costituisce criterio preferenziale per la concessione del contributo il verificarsi di una o più condizioni collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria 2020, qui elencate a titolo esemplificativo e non esaustivo:**

Perdita di lavoro per licenziamento, avvenuto in data \_\_\_\_\_

- consistente riduzione dell'orario di lavoro, a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_
- cessazione di attività libero-professionali, a decorrere dal data \_\_\_\_\_
- malattia grave, decesso di un componente del nucleo familiare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Allego:

- ISEE ordinario 2020
- Copia contratto di affitto
- Copia coordinate IBAN del proprietario dell'immobile

A seguito dell'approvazione della graduatoria finale, se beneficiario, allegherò:

- ACCORDO con proprietario dell'alloggio e un rappresentante del Comune

## COMUNICAZIONE PRIVACY

Per l'erogazione dei SERVIZI SOCIALI DI BASE (s.a.d, s.a.p, pasti a domicilio, trasporto utenti, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, fornitura ausili, consulenza specialistica, centro diurno integrato, casa di riposo, ricovero di sollievo, buoni e voucher, altri servizi domiciliari e contributi economici generici, compartecipazione di spesa, trasferimenti economici di varia natura a Comuni e ambiti distrettuali)

Egregio Sig./Gentile Sig.ra. \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE VIA CODAGLI 10/A ORZINUOVI (BS) Telefono 0309942005 Indirizzo e-mail segreteria@fondazionebbo.it desidera informarla che il Regolamento Europeo della Privacy prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali e che l'utilizzo dei Suoi dati personali da parte del proprio personale incaricato avverrà nel rispetto del GDPR 679/16.

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE si è adoperata a nominare un responsabile della protezione dei dati: SYNTHESIS SECURITY SRL - REFERENTE TOMASINI [tomasini@synsec.it](mailto:tomasini@synsec.it) 0302752402.

La COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE tratterà i suoi dati personali in qualità di responsabile del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del GDPR 679/16 seguendo le istruzioni impartite dal titolare del trattamento.

I titolari del trattamento per i quali opera la COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE sono: Unione dei Comuni Lombarda Bassa Bresciana Occidentale, Comuni di Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Mairano, Pompiano, Quinzano e San Paolo.

Per informazioni relative al trattamento da parte dei titolari del trattamento sopra elencati si rimanda alle informative art. 13 GDPR 679/16 degli stessi.

Data \_\_\_\_\_ -

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO PER CREAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

In caso di suo consenso libero, espresso e facoltativo potrà essere creata la cartella sociale informatizzata CSI (soluzione informatica che fornisce la possibilità agli assistenti sociali/operatori a livello amministrativo - gestionale e a livello professionale-operativo di programmare e coordinare gli interventi sociali) sul portale dell'ATS VI.VI.DI. Il Suo rifiuto non avrà alcuna conseguenza negativa sulla possibilità di usufruire dei servizi richiesti. In caso di rifiuto o di revoca successiva del consenso, i Suoi dati saranno disponibili solo per le eventuali conservazioni obbligatorie di legge.

Se l'interessato è minore o sotto tutela, il consenso è espresso dai soggetti che hanno la potestà legale.

La CSI contiene l'insieme dei dati relativi al processo socio - assistenziale, dall'accesso-orientamento alla valutazione finale-conclusione, passando per la valutazione del bisogno, l'elaborazione del progetto individuale e l'erogazione del servizio, in formato elettronico, raccolti in occasione dei vari colloqui fra gli assistenti sociali e l'interessato.

La CSI consente al personale della Fondazione di avere un quadro sociale il più completo possibile e di disporre delle informazioni necessarie per offrire un'assistenza più adeguata. Le informazioni contenute nella CSI sono accessibili e possono essere trattate da tutti i professionisti della Fondazione autorizzati a vedere la CSI e anche da altri operatori di altri Enti perché la CSI favorisce la condivisione tra Enti diversi (Comuni, ATS, ASST, terzo settore, imprese e consorzi con finalità sociali etc.).

Le viene chiesto uno specifico ed autonomo consenso per utilizzare - attraverso la CSI - anche le informazioni "ultraparticolarmente" relative alle prestazioni erogate dalla Fondazione a seguito di:

atti di violenza sessuale o pedofilia, accertamento dello stato di sieropositività, uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcol, interventi di interruzione di volontaria gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari.

I Suoi dati sanitari contenuti nella CSI potranno anche essere utilizzati, in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca.

Per permettere al personale che Le erogherà il servizio di avere un quadro completo, Lei potrà inoltre esprimere il consenso affinché la sua CSI venga alimentata anche dai dati già in possesso di questa Fondazione. Precisando non vi è garanzia della completezza di tali informazioni, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.

Il trattamento dei Suoi dati è riservato al personale dipendente della Fondazione nonché a tutte le persone debitamente autorizzate che intrattengono con la medesima rapporti di lavoro o di servizio.

Lei ha altresì il diritto alla visione degli accessi alla sua CSI e ad esercitare la facoltà di oscurare alcuni eventi che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inseriti nella CSI alcuni dati non obbligatori. L'oscuramento non viene in alcun modo evidenziato, per cui nessuno può venire a conoscenza del fatto che Lei abbia esercitato tale facoltà (oscuramento dell'oscuramento). In qualsiasi momento Lei può revocare la scelta di oscuramento effettuata (deoscuramento).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_:

- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolarmente nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo ..... Data .....  
sul minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ esercente la patria potestà

- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolarmente nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso  NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....